

# РАЗРЕШЕНИЕ НА ВОЗМЕЩЕНИЕ ВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ (IA) ПРОГРАММЕ ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ ИММИГРАНТАМ

ИМЯ

НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

Я понимаю, что помощь, разрешенная для выплаты мне или на мое имя \_\_\_\_\_ округом (DPSS), по оплачиваемой штатом Программы Денежной Помощи Иммигрантам (CAPI), считается временной помощью, если выплачивается в течении времени, пока рассматривается право на получение мной дохода дополнительного страхования/дополнительной программы штата (SSI/SSP) (Помощь, финансируемая полностью или частично из Федеральных фондов, не может считаться временной помощью.)

Сознавая, что такая временная помощь выплачивается мне или на мое имя, я разрешаю представителю Администрации социального страхования (SSA) выслать первую выплату любых льгот SSA/SSP, на которые я могу иметь право, в вышеуказанное агентство.

Я разрешаю вышеуказанному агентству удержать из выплаты сумму, равную сумме помощи, выплачиваемой программой CAPI, которую вышеуказанное агентство и другие агентства временной помощи Калифорнии уплатили мне или на мое имя, для того, чтобы обеспечить мои основные потребности до и после даты разрешения, но ограничиваясь периодом моего права на SSI/SSP.

- Первоначальное заявление начиная с месяца, когда было установлено, что я имею право на выплату SSI/SSP и заканчивая месяцем, когда выплата мне SSI/SSP началась.
- После определения начиная с месяца, за который выплата SSI/SSP была восстановлена после периода приостановления или прекращения и заканчиваясь месяцем, когда выплата мне возобновилась.

Я понимаю, что после удержания вышеуказанной суммы из выплачиваемой мне суммы SSI/SSP, вышеуказанное агентство должно выплатить мне разницу, если имеется, не позже, чем в течение 10 рабочих дней после того, как агентство получит выплачиваемую мне сумму от SSA.

Я понимаю, что если я считаю, что сумма удержанная из платежей, выплачиваемых мне за прошедшее время SSI/SSP больше, чем сумма помощи CAPI, выплачиваемая мне или на мое имя, или я считаю, что вышеуказанное агентство не выплатило мне разницу в течение десяти (10) дней, я имею право попросить справедливое слушание моего дела Департаментом Социальных Услуг Калифорнии. Эта просьба должна быть подана в течение девяноста (90) дней со дня, когда вышеуказанное агентство известит меня о получении и выплате платежа.

Я понимаю, что если я подам первоначальное заявление на льготы SSI/SSP в отдел социального обеспечения в течение 60 дней со дня, в который вышеуказанное агентство получит эту подписанную анкету, мое право на льготы SSI/SSP может начаться в день, когда вышеуказанное агентство получит эту подписанную анкету.

Я понимаю, что это разрешение входит в силу со дня, когда вышеуказанное агентство получит эту подписанную анкету и что это прекратит влиять на:

- Первоначальное заявление по прошествии одного (1) года со дня, когда вышеуказанное агентство получит эту анкету, если я не подам заявление на SSI/SSP в течение этого времени или одно из нижеперечисленных произойдет раньше, в случае чего разрешение прекратит свое действие в день, когда это произойдет:
- SSA произведет первоначальную выплату или восстановит выплату по моему требованию;
  - SSA откажет в моем требовании и я не подам своевременную апелляцию по этому решению;
  - Вышеуказанное агентство и я согласны расторгнуть это соглашение.

или

- После определения по окончанию одного (1) года со дня, когда вышеуказанное агентство получит эту подписанную форму или по окончанию максимального периода, в протяжение которого я могу попросить пересмотр решения о приостановлении или прекращении выплаты мне SSI/SSP, принимая более длинный период времени, если я не отправлю своевременную просьбу о пересмотре, или одно из вышеуказанных событий произойдет, в случае чего разрешение потеряет свою силу в день, когда это произошло.

Под страхом наказания за лжесвидетельство по законам Калифорнии и Соединенных Штатов я заявляю, что информация, предоставленная мной на этой анкете правдива, правильна и предоставлена полностью.

ПОДПИСЬ ПОДАЮЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЕ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ДАТА ПОДПИСИ

ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ АГЕНТСТВА IA

ДАТА ПОДПИСИ

ДАТА ПОДПИСИ